

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Émile LANIOL

Né le 18 novembre 1896, à Rouen

Considérations sur la Thérapeutique

DES

DENTS TEMPORAIRES

Président : M. P. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

044

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Émile LANIOL

Né le 18 novembre 1896, à Rouen

Considérations sur la Thérapeutique

DES

DENTS TEMPORAIRES



Président : M. P. NOBÉCOURT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR GEORGES LANIOL

A MA MÈRE

En témoignage de filiale affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique médicale des enfants
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE
DES
DENTS TEMPORAIRES

INTRODUCTION

Un préjugé très fréquemment répandu, non seulement dans le monde, mais encore chez beaucoup de médecins, consiste à croire qu'il n'est pas nécessaire de soigner les dents temporaires puisqu'elles doivent, après un temps que l'on juge très limité, faire place à la deuxième dentition.

Cette abstention thérapeutique est susceptible d'entraîner de graves dommages pour la santé de l'enfant et de déterminer des troubles dans l'évolution de la dentition définitive.

Il y a là quelques points intéressants à étudier pour le médecin. Aussi, avons-nous pensé faire œuvre utile en nous efforçant de condenser ici en quelques pages ce que nous avons pu apprendre sur cette question.

Je ne saurais laisser passer l'occasion qui se présente de payer mon tribut de gratitude aux Maîtres, qui ont contribué à mon instruction médicale et m'ont soutenu de leur sympathie.

Que M. le Professeur Nobécourt reçoive ici l'assu-

rance de mes vifs sentiments de reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait de présider ma thèse.

MM. les Professeurs Couvelaire, Marfan, Teissier, Vaquez, M. le Professeur agrégé Ombrédanne, MM. les D^rs Apert, Milian, aux services hospitaliers desquels j'ai appartenu, m'ont fourni de nombreuses occasions de profiter de leur savoir et de leur bienveillance, je les en remercie bien sincèrement.

J'adresse ici l'expression de ma reconnaissance à M. le D^r Georges Mahé, dentiste des hôpitaux de Paris, qui m'a prouvé en maintes circonstances son amitié et m'a suggéré l'idée de cette thèse.

Si je désigne plus spécialement MM. les D^{rs} Bataille, Brunon, Derocque, Jeanne, Née qui ont pris la part la plus importante à la direction de mes premières années d'études médicales, je n'oublie pas que tous les Professeurs de l'Ecole de Médecine de Rouen m'ont donné, en même temps qu'un excellent enseignement, des témoignages de sympathie dont je conserve le meilleur souvenir.

Il y aurait de l'ingratitude de ma part à ne pas témoigner ici ma profonde reconnaissance à mon père M. le D^r Georges Laniol pour les conseils élevés et pleins d'expérience qu'il n'a cessé de me prodiguer.

Je ne saurais enfin oublier de remercier mon frère M. Maurice Laniol, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu me guider dans les recherches nécessitées par ce travail.

DES RAISONS DE LA CONSERVATION DES DENTS DE PREMIÈRE DENTITION

Durée des dents temporaires. — Si nous comparons brièvement les dates d'éruption et de chute des dents de lait, nous constatons que, bien que temporaires, ces dents ont une existence assez longue.

TABLEAU D'APRÈS MAGITOT

Date d'éruption des dents temporaires	Epoque de la chute des dents temporaires
Incisive centr. infér. vers 7 mois	Incis. centr. infér. vers 7 ans
Incisive centr. sup. vers 10 —	Incis. centr. sup. vers 7 ans 1/2
Incisive latér. infér. vers 16 —	Incisive lat. infér. vers } 8 ans
Incisive latér. sup. vers 20 —	Incisive lat. sup. vers }
Première mol. infér. vers 24 —	Première mol. inf. vers 10 ans
Première mol. sup. vers 26 —	Première mol. sup. vers 10 ans 1/2
Deuxième mol. inf. vers 28 —	Deuxième mol. inf. vers 10 ans
Deuxième mol. inf. vers 30 —	Deuxième mol. s. vers 11 ans
Canine inf. et sup. vers 30 —	Canine inf. et sup. vers 12 ans

Les dernières d'entre elles ne doivent disparaître régulièrement que vers la douzième année. Elles contribuent donc pendant une longue période à assurer la mastication et leur disparition serait susceptible d'entraîner des troubles digestifs.

Les dents sont plus nécessaires à l'enfant qu'à l'adulte. — Si nous faisons chez un enfant l'ablation prématurée de deux molaires temporaires par exemple, nous le privons d'un seul coup de la moitié de sa surface masticatoire. L'adulte, au contraire, ne serait guère gêné par cette opération.

Or l'enfant n'a pas seulement à entretenir l'être qu'il est, mais à préparer l'adulte qu'il doit devenir.

On peut donc formuler que « les dents de lait sont proportionnellement et même absolument plus nécessaires à l'enfant qu'à l'adulte ». Cette proposition d'apparence paradoxale n'est cependant pas bien difficile à établir de façon indiscutable.

Un adulte de 25 à 30 ans pèse en moyenne 70 kilos

Un enfant de 2 ans	—	11	—
— 6 ans	—	16	—
— 12 ans	—	30	—

L'adulte dispose donc de trente-deux dents pour entretenir son poids. L'enfant de deux à douze ans doit augmenter son poids de 260 o/o avec vingt dents seulement.

Conséquences du défaut de traitement

I. Insuffisance de la mastication. — Si nous négligeons de soigner les dents temporaires, sous le prétexte qu'elles doivent tomber bientôt, la carie envahira de plus en plus profondément la dent, altérera la pulpe. Les douleurs apparaîtront très vives,

entravant la mastication soit d'un seul côté, soit des deux.

II. Gingivite tartrique. — Dans le premier cas, il en résultera rapidement une gingivite tartrique dont la conséquence sera une augmentation de la virulence et de la quantité de la flore microbienne buccale.

III. Troubles gastro-intestinaux. — Mais si la gêne de la mastication est bilatérale, nous verrons survenir à une échéance plus ou moins rapprochée des troubles gastro-intestinaux et l'on sait avec quelle fréquence et quelle facilité ils se produisent chez l'enfant.

La rapidité avec laquelle se détruit l'ivoire de la dent temporaire, lorsqu'il a commencé à s'altérer, fait que, presque toujours, on se trouve en présence de cas beaucoup plus avancés que l'aspect extérieur ne le faisait prévoir. La sensibilité de la dentine est d'ailleurs moins vive pour les dents de la première dentition que pour les dents permanentes. Ce qui explique pourquoi la carie atteint souvent un stade avancé avant que l'attention des parents ne soit attirée de ce côté.

IV. L'infection. — Cette carie simple de la dent temporaire se complique souvent d'infection à une période plus ou moins précoce. Elle retentit sur les ganglions sous-maxillaires et y détermine une inflammation aiguë ou, ce qui est le plus fréquent, entretient une inflammation chronique.

Le milieu buccal nous fournit en effet une flore microbienne très variée. Nous y trouvons principalement :

1° Les microbes spécifiques des maladies infectieuses :

bacilles de Koch, bacille de Loeffler, pneumocoque de Talamon-Frænkel, pneumobacille de Fiedländer;

2° Les microbes habituels de la suppuration (staphylocoques pyogènes, dorés, blancs; streptocoques);

3° Des microbes spéciaux décrits par Miller comme ayant un rôle important dans l'étiologie de la carie dentaire : *leptothrix buccalis maxima*, *leptothrix innotinata*, *spirochæta dentium*;

4° Des saprophytes, hôtes habituels des putréfactions : *leptothrix buccalis*, *bacterium termo*.

L'observation suivante nous montre l'importance de l'infection buccale d'origine dentaire sur l'état général.

OBSERVATION I (Personnelle)

Antoine B..., 9 ans. Cet enfant était atteint depuis un an de troubles gastro-intestinaux qui s'aggravaient de plus en plus. Deux médecins furent consultés successivement, mais le traitement indiqué et suivi ne donna lieu à aucune amélioration.

Depuis quelques jours, aucune alimentation même liquide n'était tolérée quand nous eûmes l'occasion de voir ce malade dans une consultation dentaire à laquelle le dernier médecin traitant l'avait adressé.

La bouche de cet enfant, dont l'état général était lamentable, dégageait une odeur repoussante.

Les gencives étaient tuméfiées, saignant au moindre contact, le bord gingival présentait un liseré séro-purulent jaune verdâtre.

A l'examen des dents nous constatons que la première molaire inférieure droite présente une cavité de carie ainsi que son homologue supérieure.

A gauche, la deuxième molaire temporaire et la dent de six ans inférieures sont cariées, de même que la première molaire temporaire supérieure.

Les deux incisives centrales inférieures n'existent plus et, à leur place, commencent à paraître les dents permanentes correspondantes.

Le traitement appliqué consista en : lavages fréquents de la bouche avec une solution antiseptique de chloral, ablation du tartre et obturation des cavités cariées après enlèvement à la curette de la dentine ramollie.

Quelques jours après le début des soins, le jeune malade pouvait commencer à se réalimenter un peu mieux, les troubles gastro-intestinaux diminuant peu à peu d'intensité pour disparaître complètement deux semaines plus tard.

Rapports existant entre la carie dentaire et la tuberculose ganglionnaire. — De nombreux travaux, notamment ceux de Morelli, Jarantorski, Stark, Cook, ont attiré l'attention sur les rapports existant entre la carie dentaire et les adénites tuberculeuses.

Il est possible que la carie dentaire chez l'enfant prépare la tuberculose ganglionnaire cervicale en créant dans ces ganglions une inflammation chronique ou l'aggrave en apportant des germes d'infection secondaire à une tuberculose primitivement pure. « Nettoyer la bouche et supprimer les portes ouvertes à l'infection c'est, dit M. le professeur Sebileau, supprimer à la tuberculose adéno-cervicale la presque totalité de ses chances de suppuration. »

Il est même probable, d'après les observations de Cornet, Mendel, Odenthal, sur les animaux, que la carie dentaire puisse être parfois une porte d'entrée directe de l'infection tuberculeuse.

Mendel Joseph, déposant chez le singe des bacilles de Koch dans une pulpe saine et obturant ensuite la

cavité dentaire, constate à l'autopsie des lésions tuberculeuses du foie, des reins, des poumons et de la rate, ainsi que de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et un abcès gingival, d'allure normale, mais contenant des bacilles de Koch.

V. Atrésie du maxillaire et molocclusion. —

La perte prématurée des dents de lait a une autre conséquence qui est particulièrement intéressante c'est l'arrêt de développement du maxillaire. L'atrésie, qui en résulte souvent, entraîne à son tour un certain défaut de l'esthétique facial.

En effet, la présence seule des dents temporaires permet et favorise le développement des procès alvéolaires car elles gardent leur place aux dents définitives. Il n'est pas douteux que toutes les fois que les dents tombent et ne sont pas remplacées par d'autres, les alvéoles se résorbent, diminuant également l'espace laissé libre par l'extraction. Or ce n'est qu'après un travail lent et progressif de résorption de leurs racines que les dents temporaires peu à peu cèdent la place aux dents permanentes. De telle sorte qu'un très court espace de temps seulement s'écoule entre la disparition des unes et l'éruption des autres. La disposition des dents entre elles et le développement du maxillaire dépendent en effet, en grande partie, de la durée de cet intervalle de temps. S'il est prolongé de façon anormale, par suite d'une extraction par exemple, toute l'harmonie de la dentition se trouve compromise.

Les dents permanentes, étant plus grosses que les temporaires, ne peuvent faire éruption que grâce au

développement du maxillaire. Si les dents temporaires ont conservé leur position normale, si aucun vide ne s'est produit parmi elles, la dent de six ans, qui est la clé de l'occlusion, fera éruption entre la deuxième molaire temporaire et la branche montante du maxillaire à la mâchoire inférieure, entre la deuxième molaire temporaire et la tubérosité maxillaire à la mâchoire supérieure.

Mais, par contre, si, par suite de l'extraction prématurée d'une des dents de lait, un espace libre s'est produit, la dent de six ans et les dents qui feront éruption n'agiront plus, dans leur effort pour sortir, sur les dents antérieures avec lesquelles elles ne seront plus en contact. Au lieu d'avoir à lutter pour faire éruption, elles trouveront un chemin libre à la partie antérieure du maxillaire et évolueront vers elle, diminuant et allant même jusqu'à se placer dans l'espace occupé primitivement par la dent perdue.

L'éruption de la dent permanente, devant succéder à la dent extraite, sera gênée ou même rendue impossible et la moitié correspondante de l'arcade dentaire sera rétrécie aussi bien en haut qu'en bas. La lèvre inférieure étant prise entre les deux mâchoires poussera en avant es incisives supérieures. De ces déformations dentaires il résultera un désaccord plus ou moins marqué des traits.

De plus, dans l'arcade dentaire, chaque dent possède dans ses deux voisines un appui, toutes les dents sont solidaires les unes des autres, donc l'une d'entre elles venant à manquer, les dents contiguës seront le siège,

non seulement de déplacements vers la place restée libre, comme nous venons de le voir, mais encore de mouvements de rotation sur leur axe.

Enfin l'extraction de la dent temporaire active l'éruption de la dent permanente correspondante. Lorsque celle-ci n'a pas encore atteint son complet développement, si l'extraction est prématurée, c'est une dent petite qui fait éruption ; de là une nouvelle cause de désordre dans l'arcade dentaire.

Les observations suivantes nous montrent quelques cas de malformations dentaires résultant d'extractions précoces.

OBSERVATION II

(due au Dr G. Laniol.)

Au commencement d'octobre 1908 la jeune Renée F... âgée de 12 ans se présenta à notre consultation. Sa mère nous demanda s'il était possible de corriger les déviations dentaires que présentait son enfant à la mâchoire supérieure.

Nous constatons alors que les incisives centrales supérieures ont subi un mouvement de rotation sur l'axe de 30 degrés environ de gauche à droite, de telle sorte que leur face buccale se trouve devenir presque latérale.

A gauche : l'incisive latérale présente la même rotation axile, elle est de plus placée antérieurement par rapport au plan des précédentes.

Un espace de 5 millimètres sépare l'incisive permanente de la canine de lait. La première molaire temporaire persiste également.

En revanche, l'espace qui devait être occupé par la deuxième molaire de lait est presque complètement disparu. La dent de six ans, n'étant séparée que par un intervalle de 2 millimètres de la première molaire temporaire, a donc progressé vers la partie antérieure de l'arcade.

La mère nous apprend qu'elle a fait extraire, il y a deux ans, à cet endroit une dent qui n'est autre que la deuxième molaire temporaire.

A droite : L'incisive latérale est en bonne position. La canine temporaire a également été extraite, trois ans plus tôt. Les prémolaires définitives, ayant ensuite fait éruption, ont progressé vers ce point de moindre résistance. De la sorte il ne reste plus place pour l'éruption de la canine définitive, qui ne pourra se livrer passage qu'en apparaissant sur la face vestibulaire du maxillaire, si l'éruption se produit.

L'extraction prématurée de la canine temporaire à gauche et de la deuxième molaire temporaire à droite a donc entraîné ;

1° Une rotation des incisives permanentes de 30° sur leur axe.

2° Une évolution vers la partie antérieure du maxillaire des prémolaires définitives à droite, ne laissant plus de place pour l'éruption de la canine définitive.

3° L'évolution, vers la partie antérieure de l'arcade, de la dent de six ans à gauche.

OBSERVATION III (Personnelle)

Louis P..., 15 ans.

L'examen de la bouche montre :

A la mâchoire inférieure rien d'anormal :

A la mâchoire supérieure : à gauche, de l'incisive centrale à la molaire de six ans, il n'existe pas de contact entre les dents, qui sont séparées les unes des autres par un espace de 2 millimètres environ.

L'incisive latérale présente une rotation de 25° sur l'axe.

Ce qui frappe dans ce cas c'est la coexistence de la canine de lait et de la canine permanente. La première et la deuxième molaire temporaires ont été extraites autrefois, le jeune homme ne peut préciser la date de leur ablation.

Entre la canine permanente et la dent de six ans : espace de 8 millimètres environ.

A droite, même disposition qu'à gauche : coexistence de la

canine définitive à côté de la canine de lait, absence de toute prémolaire, résultat de l'extraction de la première et de la deuxième molaire temporaire.

Cette observation nous montre donc que :

1° L'ablation prématurée de la première et de la deuxième molaire de lait n'a pas été suivie de l'éruption des prémolaires définitives. D'où l'indication de la radiographie avant l'extraction d'une dent temporaire pour s'assurer de la présence de la dent définitive.

2° Par suite de l'espace laissé libre par ces extractions, la canine de deuxième dentition a évolué vers le point de moindre résistance, faisant éruption là où auraient dû apparaître les prémolaires définitives et se plaçant correctement sur l'arcade dentaire.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Claude T..., 18 ans.

Il s'agit d'un jeune homme à qui vers l'âge de 8 ans on enleva la deuxième molaire de lait à droite et à gauche au maxillaire supérieur.

Au moment où nous examinons le sujet, dix ans plus tard, nous constatons, à droite comme à gauche, l'existence d'une seule prémolaire au lieu de deux. Il n'existe aucun espace libre entre les dents, ce qui montre qu'elles se sont peu à peu approchées les unes des autres, diminuant puis supprimant la place qu'aurait dû occuper la prémolaire restée incluse.

D'autres déformations résultent des deux extractions opérées. Par suite du trouble apporté à l'occlusion buccale ; les incisives centrales et latérales, à droite et à gauche, ont subi une rotation sur l'axe. Les seules prémolaires existantes sont déviées vers la face palatine du maxillaire.

DES RAISONS DE L'ABLATION DES DENTS TEMPORAIRES

Dans un certain nombre de cas, que nous allons passer en revue, le traitement conservateur des dents temporaires ne peut être appliqué. Le seul moyen thérapeutique est alors l'extraction de la dent malade. Mais, ne croyons pas que l'extraction d'une de ces dents soit toujours chose facile. Si l'on enseigne de ne la pratiquer que lorsque la dent permanente correspondante donne des signes manifestes de son éruption prochaine, c'est afin d'attendre la résorption des racines, qui, comme on le sait, est à la base du processus normal de la chute des dents de lait.

Si nous comparons, en effet, une deuxième molaire inférieure temporaire et une deuxième molaire inférieure définitive, nous constatons que la couronne de la dent de lait paraît courte et ramassée par rapport à celle de la dent définitive. Cela tient à ce que les racines des dents de lait sont plus longues que celles de la dent permanente.

De plus, alors que chez cette dernière, les racines ont une disposition parallèle et tendent à converger vers un même point par leur extrémité libre, les racines des dents de lait sont au contraire très divergentes. Cette disposition trouve sa raison d'être dans le fait que

c'est dans l'intervalle de ces deux racines que se loge la couronne de la future dent de remplacement.

L'opération consiste donc lorsque la résorption des racines ne s'est pas encore produite à extraire une dent longue, dont l'extrémité profonde est plus large que l'orifice de sortie. Cette avulsion des dents temporaires n'est possible qu'à cause de la densité très faible de l'os chez l'enfant. Si, chez l'adulte, la dent présentait la même conformation, son extraction en serait impossible par les moyens ordinaires, ce qui nécessiterait l'emploi de la gouge et du marteau.

Parfois, pour certaines raisons, que nous ne connaissons pas toutes, la résorption des racines ne s'est pas produite ou est restée incomplète. Il en est ainsi notamment lorsque l'on a extirpé la pulpe de la dent temporaire. Celle-ci peut alors persister au delà de sa limite normale et parfois toute la vie. Il faut donc s'assurer, avant toute opération, et à l'aide de la radiographie, de la présence de la dent permanente. On peut alors extraire la dent temporaire persistante, qui ne ferait que fausser la symétrie de l'arcade et l'on risquerait en la laissant en place d'observer une double rangée de dents dans la bouche comme il nous a été donné de le voir chez un malade du centre de stomatologie de la 3^e région :

OBSERVATION V

(Centre de Stomatologie de la 3^e région.)

Soldat Maurice S...classe 1918.

Mâchoire supérieure. — La dentition est bonne, ne présentant

rien d'anormal au point de vue de la position respective des dents.

Mâchoire inférieure. — En revanche, à la mâchoire inférieure, nous constatons, par suite de la persistance des dents temporaires et de l'existence des dents permanentes une double rangée de dents. Les incisives latérales canines et molaires temporaires n'ont pas été extraites en temps voulu et coexistent les unes en avant les autres en arrière des dents permanentes.

L'avulsion des dents de première dentition permet aux permanentes de reprendre peu à peu la position qu'elles auraient dû normalement occuper, sans nécessiter l'application d'un appareil d'orthodontie.

Si, au lieu de se présenter de face, les dents permanentes subissent un mouvement de rotation, c'est-à-dire qu'une de leurs faces latérales devienne antérieure, il faut alors intervenir et extraire les dents temporaires contiguës. Presque toujours, sans aucun appareil, grâce à la place faite par l'extraction, la déviation se corrige d'elle-même et les dents prennent une position normale.

D'autre part, à la mâchoire supérieure, les grandes incisives ont parfois un volume considérable tel qu'elles remplissent presque tout l'espace qu'occupaient les incisives centrales et latérales temporaires. Dans ce cas, elles sont en avant de l'arcade. Il suffit d'extraire la dent de lait correspondante et de laisser agir la nature. Mais, si elles sortent en arrière et qu'une fois arrivées à leur longueur, elles passent en arrière des incisives inférieures pendant le rapprochement des mâchoires, il faut alors extraire le plus tôt possible les petites incisives et cela suffit presque toujours pour permettre aux grandes incisives de se placer correctement.

Il y a, de même, quelquefois intérêt à sacrifier la deuxième molaire temporaire de façon un peu précoce, avant que la prémolaire permanente ait fait son apparition, car on aide celle-ci à se diriger vers la place restée libre.

Enfin, lorsque la dent temporaire se trouve dans les mêmes conditions pathologiques qu'une dent permanente pour laquelle l'avulsion a été décidée, — quand tous les traitements conservateurs ont échoué, — lorsque cette dent est la cause d'abcès, de fistules pouvant entraîner des accidents infectieux néfastes pour le maxillaire et le germe de la deuxième dentition, nous n'avons plus à hésiter et nous devons extraire la dent malade.

Le praticien se trouve placé devant ce dilemme : ou conserver la dent et exposer ainsi l'enfant à des complications qui peuvent être graves ou bien l'extraire et risquer d'engendrer des malpositions qui, dans un avenir plus ou moins éloigné, diminueront le coefficient masticatoire en troublant l'articulation normale.

Mais, entre ces deux alternatives on ne saurait hésiter, lorsque les dents temporaires sont abcédées, fistulisées, lorsqu'il existe une inflammation gingivale et une adénopathie sous-maxillaire, il faut pratiquer les extractions nécessaires quitte à placer un petit appareil provisoire, qui, tout à la fois, rétablira la mastication et conservera leur place aux dents futures.

CONDUITE A TENIR

A L'ÉGARD DE LA DENT DE SIX ANS CONSIDÉRÉE
COMME UNE DENT DE LA PREMIÈRE DENTITION

Si nous reconnaissons l'utilité des soins minutieux à donner aux dents temporaires, à plus forte raison devons-nous surveiller attentivement les molaires de six ans.

« Ces dents, d'après Andrieu, (monographie de la dent de six ans, en raison de leur développement, de leur fonction et de leur durée, n'appartiennent pas aux dents permanentes et doivent par conséquent être supprimées vers la fin de la douzième année, c'est-à-dire, à l'époque où apparaissent les secondes molaires permanentes. Ce procédé ménagera de la place, non seulement aux secondes molaires, et plus tard aux dents de sagesse, mais encore aux bicuspides et aux canines, placées en avant et évitera ainsi une dentition anormale. »

Pour appuyer cette théorie, Andrieu se fonde sur :

1° « La fréquence presque inévitable de la carie de la première multicuspidée ;

2° La durée fort courte des obturations faites dans cette dent, même lorsqu'elles sont parfaitement réussies ;

3° Les résultats heureux de son extraction au point de vue de l'arrangement des dents, lorsqu'il y a lieu de faire de la place pour faciliter cet arrangement. »

Sans doute, est-il difficile d'admettre avec Andrieu que les dents de six ans appartiennent à la première dentition. Mais certaines raisons morphologiques peuvent être invoquées en faveur de cette opinion : la présence des organes de l'émail du côté lingual des molaires, comme pour les dents temporaires ; de plus cette dent, dont la calcification commence vers le cinquième mois de la vie intra-utérine et dont l'éruption se fait entre cinq et sept ans, n'est précédée d'aucune autre dent, comme toutes les molaires. Enfin par suite de sa longue période d'évolution elle subit le contre coup des troubles de la nutrition qui peuvent se produire entre le cinquième mois de la vie intra-utérine et la cinquième année. Ces diverses raisons nous permettent de conclure que, tout en étant de la deuxième dentition, la molaire de six ans fait, en quelque sorte partie intégrale de la première puisqu'elle évolue bien avant la chute des dents temporaires.

En faveur de l'extraction symétrique des dents de six ans, Andrieu déclare que :

1° Cette dent serait plus qu'une autre exposée à la carie ;

2° L'extraction a l'avantage de faire place et aux dents qui restent et à celles qui perceront plus tard.

Si nous comparons la fréquence de la carie des premières molaires permanentes de six à sept ans et des deuxièmes molaires permanentes de douze à treize ans

nous constatons qu'il n'est pas tout à fait prouvé que la dent de six ans soit plus qu'une autre molaire touchée par la carie.

La statistique suivante a été établie par Forberg après examen de 15.000 enfants dont 8.021 garçons et 6.997 filles.

Nombre de dents cariées pour 100

	MACHOIRE SUPÉRIEURE		MACHOIRE INFÉRIEURE	
	1 ^{re} molaire	2 ^e molaire	1 ^{re} molaire	2 ^e molaire
Garçons :				
7 à 8 ans..	16.8		34.3	
14 à 15 ans.		20.7		35.3
15 à 16 ans.				
Filles :				
7 à 8 ans..	22.9		51.0	
14 à 15 ans.		27.6		41.2
15 à 16 ans.				

Il est possible de conclure, en présence de ces chiffres, qu'aux âges indiqués, les deuxièmes molaires de la mâchoire supérieure sont relativement plus exposées à la carie que les premières molaires. Au contraire, à la mâchoire inférieure, cette différence est à peine appréciable chez les garçons et se manifeste en sens inverse chez les filles.

Après la dixième ou douzième année, la première molaire offre une plus grande résistance qu'auparavant et le nombre des caries reste à peu près le même, tandis

que pendant cette période le nombre des caries de la deuxième molaire a plus que doublé.

Il en résulte ce fait que la deuxième molaire a une plus mauvaise structure que la première et qu'elle est plus facilement attaquée par la carie. L'expérience journalière nous apprend que les dents de sagesse ont une structure encore plus mauvaise que les deuxièmes molaires car souvent leur évolution n'est pas encore achevée que déjà la carie les attaque.

Nous devons ajouter toutefois que cette statistique de Forberg, ayant été dressée en Suède, peut ne pas être exacte pour toutes les races.

Examinons à présent la seconde raison invoquée par Andrieu en faveur de l'extraction de la dent de six ans et demandons-nous si vraiment cette opération donne de la place aux autres dents.

Sans doute les dents très serrées sont plus exposées à la carie que les dents bien espacées. Il semble, qu'en faisant symétriquement l'extraction de l'une d'entre elles, on facilite l'éruption des dents pour l'avenir et l'on donne plus de place aux dents existantes. C'est vers la douzième année que les partisans de l'extraction la pratiquent, quand la deuxième molaire commence à apparaître. Pendant tout le temps que nécessite la cicatrisation de la plaie, tant que la deuxième molaire n'a pas fait son évolution complète et pris la place de la première, l'enfant ne peut mastiquer qu'avec les dents de devant et les autres molaires. La dent de douze ans, non protégée par sa voisine, n'arrive jamais à son complet développement et l'on

observe souvent, à la suite de l'extraction de la première molaire, l'abaissement de l'articulation des dents de ce côté.

De plus la deuxième molaire s'avance, prend la place de la première, la troisième à son tour prend la place de la seconde. L'accroissement du maxillaire n'étant plus nécessaire ne se produit pas. En effet, si nous traçons chez un même sujet, une ligne transversale passant par la face distale de la première molaire et une ligne perpendiculaire à celle-ci passant par l'intervalle des deux incisives médianes, nous constatons qu'elles restent égales à elles-mêmes, après plusieurs années, ce qui indique que nous n'avons pas eu élargissement de la mâchoire.

Par suite de la disparition de la molaire de six ans, pilier de toute l'articulation, les dents, mal soutenues les unes par les autres s'inclinent dans différentes directions, pivotent sur leur axe. Des dents qui n'étaient point destinées à se toucher sont maintenant en contact.

Nous aurons donc bouleversé toute l'articulation normale. Il est vrai de dire que l'éruption de la dent de sagesse sera facilitée. Mais nous aurons enlevé une molaire très utile, pour favoriser la sortie d'une dent de sagesse problématique puisque tout le monde n'a pas ses dents de sagesse.

Les observations suivantes, recueillies en Suède par le Dr Berggren, partisan de l'extraction systématique, et complétées par le Dr Forberg plusieurs années plus tard, montrent, que le résultat espéré de l'opération : ménager plus de place aux dents n'a pas été atteint puisque

le résultat final est tout autre que celui que l'on en attendait.

OBSERVATION VI

Mlle G. B. 13 ans...

Mâchoire supérieure un peu en forme de selle, dents intactes à l'exception de la première molaire légèrement en gâteau de miel. Cette dernière circonstance a sans doute motivé l'extraction.

A la mâchoire inférieure les dents de devant sont serrées, un peu de travers. La deuxième bicuspide du côté gauche s'incline du côté lingual.

Etat de la bouche trois ans plus tard.

A la mâchoire supérieure : les dents de devant et les bicuspides ont insensiblement changé de position. Les deuxième molaires, au contraire, ont pris complètement la place des premières molaires, léger mouvement de rotation. L'état de la mâchoire paraît donc en quelque sorte amélioré, une mensuration très précise prouve cependant que la largeur de la mâchoire entre les deux bicuspides n'a pas changé.

A la mâchoire inférieure, l'irrégularité des dents s'est modifiée du côté gauche, où la deuxième bicuspide a pris place dans l'arc après rotation d'un quart de cercle. La deuxième molaire s'est portée si en avant qu'elle touche la surface linguo-distale de la deuxième bicuspide. Du côté droit il s'en faut de 2 millimètres que la deuxième molaire ait pris complètement la place de la première.

OBSERVATION VII

Mlle A. S... 14 ans.

A la mâchoire supérieure, les dents sont très serrées. Du côté droit, la première molaire est saine, tandis que du côté gauche elle est assez cariée.

A la mâchoire inférieure, la première molaire du côté droit a été

extraite de si bonne heure que la deuxième molaire a déjà complètement pris sa place.

Du côté gauche, la première molaire est gravement cariée.

Ces trois premières molaires ont été extraites ensuite.

Résultat de cette opération, quinze mois plus tard : la position des dents de devant s'est un peu améliorée et le cas paraît promettre un bon résultat.

Treize ans plus tard : à la mâchoire supérieure les dents de devant restent à peu près aussi serrées. Les deuxièmes molaires ont pris complètement la place des premières. La deuxième molaire du côté droit a tourné sensiblement sur elle-même. Les dents de sagesse ont percé, mais, en raison de l'absence de dents correspondantes à la mâchoire inférieure, elles sont fortement inclinées du côté buccal. Celle du côté droit par exemple atteint avec ses tubercules linguaux la dent de sagesse inférieure qui n'est encore que partiellement sortie de la gencive.

Les dents sont excessivement serrées et sont obturées sur toutes leurs faces proximales.

A la mâchoire inférieure : conditions encore plus déplorables. Du côté droit, la dent de sagesse, comme ci-dessus, est si peu sortie qu'un seul tubercule dépasse la gencive. Du côté gauche, ni la deuxième bicuspide, ni la dent de sagesse n'ont percé.

L'articulation et par suite la mastication sont très mauvaises. Les dents de devant de la mâchoire inférieure frappent la muqueuse du palais.

MOYENS ET CONDITIONS DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

Le traitement de la carie des dents temporaires ne diffère pas beaucoup de celui des dents permanentes.

Nous distinguerons plusieurs cas :

I. — La dent est atteinte de carie non pénétrante. — L'émail seul, ou l'émail et l'ivoire sont atteints et la vitalité de la pulpe n'est pas compromise. L'enfant éprouve de la douleur à la chaleur, au froid, en mangeant des aliments sucrés, mais il n'y a pas de douleur spontanée.

Il faut savoir que :

1. Ces caries peuvent être complètement indolores ;
- 2° Elles évoluent parfois avec une grande rapidité.

Non seulement les tissus de l'enfant sont moins résistants que ceux de l'adulte, mais en outre les fermentations sont chez lui plus actives. Son alimentation comporte une plus forte proportion d'hydrates de carbone, qui sont particulièrement fermentescibles et de tout temps on a noté leur influence néfaste sur les dents.

Donc, pour soigner utilement et en temps voulu, les dents de l'enfant, il est essentiel, indispensable, de faire une inspection systématique et périodique des dents de

l'enfant, tous les six mois, car c'est toujours à ce premier stade que doit être soignée la carie des dents temporaires. Le traitement ne nécessite alors ni séances nombreuses ni manœuvres pénibles.

Il suffira dans ce cas de bien nettoyer à la fraise ou à la curette la cavité, de façon à retirer toute la dentine ramollie. Mais il faut se rappeler que la pulpe occupe dans les dents temporaires une place, qui proportionnellement est plus grande que dans les dents permanentes. De sorte que l'on risque d'exposer la pulpe en préparant la cavité. Or la mort de la pulpe empêche la résorption normale des racines, ce qui gêne l'éruption des dents de deuxième dentition.

Quand la cavité est préparée telle qu'elle doit l'être, on peut procéder à l'obturation immédiate soit au ciment soit à l'amalgame, pour enrayer définitivement l'évolution de la carie.

L'amalgame au cuivre a de grands avantages, malgré sa couleur, qui n'a pas une grande importance pour les dents temporaires. Il est plus résistant et détermine la formation de dentine secondaire.

II. — La dent est atteinte de carie pénétrante.
— Il existe des douleurs provoquées comme dans le stade précédent, mais aussi des douleurs spontanées, surtout nocturnes. C'est le tableau habituel des pulpites aiguës ou subaiguës.

Le traitement conservateur se présentera dans des conditions beaucoup moins favorables car les manœuvres thérapeutiques seront plus délicates, plus longues, douloureuses.

Il faudra, tout d'abord, pratiquer très doucement le curettage de la cavité dentaire et, pour calmer la douleur et l'hyperémie de la pulpe, appliquer un pansement acide phénique et cocaïne, que l'on laissera un jour ou deux ou bien le pansement suivant :

Créosote de hêtre	} à 2 grammes
Chloroforme	
Teinture de benjoin	4 grammes

Nous obturerons provisoirement la cavité pour avoir une absorption aussi parfaite que possible du médicament.

Le ciment provisoire est préférable à la gutta percha car il a l'avantage de pouvoir s'appliquer sans effort et sans refouler le pansement vers la pulpe, ce qui la comprime et détermine de vives douleurs. De plus, il permet une occlusion plus parfaite de la cavité. Mais parfois, l'enfant étant indocile, il est absolument impossible d'appliquer du ciment ou de la gutta, dans ce cas un coton imprégné de sandaraque constituera un bon isolant.

Lors de la deuxième séance, ayant poussé assez loin à l'excavateur l'excision de la dentine ramollie, nous appliquerons un nouveau pansement, le plus près possible de la pulpe, de façon à permettre une action plus rapide. La cavité étant séchée, nous prélevons une petite boulette de pâte arsenicale, grosse comme une tête d'épingle, et nous la mélangeons à un volume double de cocaïne ou de morphine pour calmer les douleurs résultant de l'action de l'acide arsénieux.

A l'aide d'une sonde, le médicament est appliqué

près de la pulpe puis recouvert d'un coton et d'une obturation provisoire.

Le pansement ne devra pas séjourner plus de vingt-quatre heures dans la cavité.

Le lendemain, on ouvre alors la chambre pulpaire à l'aide d'une fraise stérilisée et l'on enlève la pulpe coronaire. Puis, séchant la cavité, on l'obture provisoirement avec du ciment ou de la gutta, que l'on laisse en place deux à trois jours. Si les douleurs ont cessé complètement, on obture la chambre pulpaire avec la pâte de Soderberg :

Alun	} parties égales.
Glycérine	
Thymol	
Oxyde de zinc	

L'oxyde de zinc renferme souvent des traces d'arsenic ; aussi peut-on le remplacer par du phosphate de chaux précipité.

Mieux vaut ne pas se servir de tire nerfs dans le canal radiculaire, car les racines peuvent être partiellement résorbées.

III. — Carie pénétrante avec pulpe mortifiée sans arthrite alvéolo-dentaire. — Plus de sensibilité, ni au chaud, ni au froid. Si l'enfant est docile, le traitement conservateur est encore possible, il consiste en une désinfection de la chambre pulpaire et des canaux par des agents antiseptiques : essence de girofle, tricrésol, jusqu'à ce que les mèches de coton introduites restent à la fois très blanches et inodores.

Si malheureusement l'enfant est peu patient, tout

traitement conservateur est rendu impossible. Il importe de pratiquer l'extraction.

IV. — Carie pénétrante avec arthrite alvéolo-dentaire, abcès, fistule. — L'extraction s'impose alors, ainsi que nous l'avons étudié, dans un chapitre précédent.

MOYENS DE PROPHYLAXIE

Nous voulons à présent attirer l'attention sur les moyens d'ordre général, social et administratif, que nous souhaitons voir employer pour prévenir et guérir la carie dentaire chez les enfants des écoles, et pour leur donner les notions d'hygiène buccale et les soins qui, jusqu'à présent, et plus encore depuis la guerre de 1914-1918, sont restés le privilège des classes moyennes et riches.

Qu'avons-nous fait en France pour le traitement des dents chez les indigents.

Il existe dans quelques grandes agglomérations des consultations dentaires dans les hôpitaux un ou deux jours par semaine. Mais de nombreuses villes de plus de 100.000 habitants n'en possèdent aucune.

Ces consultations ne rendent d'ailleurs pas les services qu'on devrait en attendre. Dans la plupart d'entre elles, la thérapeutique dentaire se borne à l'extraction ou à l'application de pansements calmants.

Le personnel n'y est pas assez nombreux. Le chef, stomatologiste ou chirurgien-dentiste est seul pour assurer tout le service. Si parfois, dans de très grandes agglomérations comme Paris, il peut se faire aider de quelques élèves d'une école dentaire, c'est là un fait exceptionnel et réservé aux villes universitaires.

Il faudrait, au contraire, à ces consultations un nombreux personnel de praticiens, d'assistants et une installation à la fois moderne et complète.

Seuls les dispensaires, créés dans les écoles dentaires et de stomatologie, répondent à ces considérations et sont d'une grande utilité pour les indigents.

Voilà ce qui a été fait en France pour la thérapeutique dentaire en général. Qu'avons-nous fait, en particulier pour l'hygiène dentaire des enfants des écoles.

Il existe théoriquement dans les grandes villes des inspections dentaires. Le dentiste qui s'en charge à titre bénévole, les fait souvent très vite et de façon irrégulière. Mais, lorsqu'il constate la nécessité des soins, il ne peut pas les assurer, étant seulement inspecteur des écoles, il ne peut que conseiller la visite chez un praticien de l'endroit.

Une seule ville de France : Strasbourg possède une clinique dentaire scolaire municipale. Fondée le 15 octobre 1902, par le Dr Jessen, qui la dirigea jusqu'au retour de l'Alsace à la France, elle est depuis dirigée par le Dr Hamman.

Les dépenses du budget de cette clinique s'élevaient pour 1921 à 123.000 francs dont 87.000 francs pour le personnel.

Le nombre des interventions a été pour la même année de 10.473 pour 3.731 enfants.

Peut-être n'est-il pas hors de propos de rappeler ce qui, en matière d'hygiène dentaire, a été fait à l'étranger, et ce qui s'y fait encore, surtout pour les enfants des écoles.

En Angleterre, des cliniques dentaires fonctionnent sous la surveillance de l'administration des comtés et des villes. Le ministère de la Santé publique assure la charge de tous les soins médicaux, y compris les soins dentaires des enfants des écoles.

En Allemagne, une loi du 15 juin 1883 a établi l'assurance obligatoire contre la maladie, et des dispositions nouvelles du 19 juillet 1911 stipulent dans le titre IV, article 122, que les soins dentaires sont compris dans les soins médicaux.

Mais, c'est surtout à l'hygiène dentaire scolaire que ce pays a donné toute son attention. A la fin de 1914, l'Allemagne ne comptait pas moins de 200 cliniques scolaires.

En Suisse, il en existe également à Lucerne, Zurich, Saint-Gall, Genève, Berne.

Enfin, plusieurs Etats de l'Amérique du Nord possèdent également des cliniques dentaires scolaires. L'une des plus importantes est le centre dentaire Forsyth fondé à Boston, en 1910.

Il est à souhaiter que la France suive l'exemple que lui montre l'étranger et que chaque grande ville ait à cœur de faire pour les enfants des écoles primaires les sacrifices consentis par Strasbourg. Chaque ville de plus de 100.000 habitants devrait créer sur le modèle de celle de Strasbourg une clinique scolaire.

Les locaux devront répondre aux besoins de l'hygiène et comprendre suivant l'importance de l'agglomération une salle d'attente, — une ou deux salles de traitement, pourvues de l'instrumentation moderne, un

petit atelier de prothèse où pourront être préparés les quelques appareils d'orthodontie nécessaires, — une salle pour le nettoyage et la stérilisation des instruments et un bureau de consultation pour le directeur.

Le personnel comprendra un directeur, stomatologiste assisté d'un ou deux confrères suivant l'importance de l'agglomération et deux infirmières spécialisées pouvant aider dans les interventions.

Chaque école sera visitée tous les six mois. Le directeur de la clinique avisera le directeur de l'école dont c'est le tour de se rendre dans celle-ci au jour dit pour l'inspection. Celle-ci se fera dans une salle spéciale et non pas dans la salle de classe.

Les enfants qui devront être traités recevront une fiche explicative et un bulletin de rendez-vous pour les parents leur fixant un jour pour le traitement à la clinique dentaire.

Le traitement sera le plus possible conservateur et le principe de sa gratuité est préférable à celui du paiement afin de pouvoir l'assurer à toutes les classes de la population.

D'ailleurs, deux propositions ont été déposées au Sénat le 13 juin 1919 et le 6 juillet 1920, l'une émanant de MM. Paul Strauss, Henri Chéron et Gaston Doumergue tend à :

« Instituer dans toutes les écoles primaires publiques, pour rattachement et comme complément à l'inspection médicale, des services distincts d'inspection et de traitement dentaires ».

L'autre de M. Henri Chéron a pour but d'ajouter à la loi du 15 juillet 1863 le paragraphe suivant :

« Les soins dentaires aux personnes privées de ressources font partie de l'assistance médicale et le service de l'assistance médicale sera organisé en conséquence.

CONCLUSIONS

I. — Il faut le plus possible conserver et soigner les dents de première dentition pour assurer à l'enfant une bonne mastication. Leur extraction prématurée ayant pour conséquences :

a) Un arrêt de développement du maxillaire ;

b) Des malpositions des dents de deuxième dentition ;

c) L'impossibilité parfois pour la dent permanente correspondante de faire éruption, sa place étant occupée par les deux dents voisines rapprochées ;

d) L'éruption d'une dent permanente incomplètement développée, l'extraction activant l'apparition de la dent de remplacement.

II. — Parfois, l'extraction de la dent temporaire est la seule méthode thérapeutique.

a) Lorsque la dent de lait persiste longtemps au delà de ses limites normales, le germe de remplacement étant présent au-dessus ou au-dessous d'elle ;

b) Lorsque les dents permanentes, gênées par le manque de place, font éruption en subissant un mouve-

ment de rotation axile, il faut extraire une des dents temporaires voisines ;

c) Lorsque le volume des incisives centrales à la mâchoire supérieure est tel que, gênées par les incisives latérales, elles passent en arrière des incisives inférieures, il faut alors extraire les incisives latérales temporaires ;

d) Lorsque la dent de lait se trouve dans les mêmes conditions pathologiques qu'une dent permanente dont l'avulsion est décidée.

III. — La molaire de six ans, confondue souvent avec les dents de première dentition ; devra plus que toute autre être conservée, sauf lorsqu'elle semble irrémédiablement perdue pour l'avenir et que la dent de douze ans n'a pas encore fait son éruption. On peut espérer, en faisant l'ablation de la première multicuspidée, que la molaire de douze ans prendra sa place.

IV. — Par suite du défaut de résistance de l'ivoire, les dents temporaires se carient d'une façon très rapide. Elles parviennent souvent à un stade avancé sans période douloureuse prémonitoire. Aussi faut-il, pour les soigner en temps utile, visiter fréquemment la bouche des enfants.

V. — Pour assurer aux élèves des écoles primaires les soins dentaires indispensables, il y aurait lieu de créer dans les grandes villes, à l'exemple de Strasbourg,

un service d'inspection dentaire des écoles et une clinique dentaire municipale où les enfants indigents, désignés par le dentiste inspecteur, recevraient les soins nécessaires.

Le Président de la thèse,

P. NOBÉCOURT

Vu: Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Andrieu.** — Monographie de la dent de six ans.
— Leçons cliniques sur les maladies des dents.
- Audy.** — Le chlorhydrate d'érythropléine dans le traitement des dents temporaires (communication au Congrès de Lyon, 1906).
- Bogue.** — Prévention des déformations dentaires (Odontologie, 30 déc. 1911).
— De l'utilité de la correction des anomalies des dents temporaires (Odontologie, 30 déc. 1906).
- Brutzins (Mlle).** — La clinique dentaire scolaire de Charlottenbourg.
- Berten.** — Fréquence et causes de la carie chez les enfants des écoles.
- Ducournau.** — De l'importance du traitement de la carie des dents temporaires, son utilité (Communication au Congrès de Paris, 1897).
- De Nevrezé.** — Les caries dentaires systématisées.
- Dispensaire Forsyth** pour enfants (Odontologie, 30 déc. 1917).
- Jordon (Evangeline).** — Dentisterie préventive pour les enfants.
- Fenchel.** — Le traitement des dents des enfants des écoles communales.
- Forberg (Dr).** — L'extraction symétrique des premières molaires permanentes est-elle fondée ? (Communic. à la Soc. odontologique de Paris, 18 mars 1902).
— La carie et l'inspection des dents des enfants des écoles (Journal de la Soc. des dentistes scandinaves, 1896).
— Etude sur les dents des enfants dans les écoles de Suède (Communic. au III^e Congrès dentaire international. Paris, 1900).
- Frank.** — Le Traitement gratuit des dents des enfants pauvres des écoles (Odontologie, 30 mai 1901).
- Greeve.** — La justification de l'extraction précoce de la molaire de six ans.
- Godon (Dr).** — Hygiène dentaire publique (Communication au Congrès dentaire de Rouen, août 1921).
- Johnson (C.-N.).** — L'obturation des dents.
— Le traitement des dents des enfants (Dental Cosmos, 1899).
- Kirk (E.-C.).** — Manuel de dentisterie opératoire.

- Laniol (D^r G.). — De l'antisepsie buccale et spécialement de ses applications à l'art dentaire. Thèse de Paris, 1895.
- Lasnier (D^r G.). — Rapport des dents de 6 ans et des dents de sagesse supérieures (Communication au Congrès d'Angers, 1903).
- Mahé (G. D^r). — Les dents de lait (Bulletin de l'Association française d'hygiène dentaire, 1913 et 1914).
- Conduite à tenir à l'égard de la dent de six ans (Presse médicale, 21 mars 1903).
- Martin (Cl. D^r). — De l'emploi des couronnes métalliques comme moyen préventif et thérapeutique de la carie des molaires temporaires (Communicat. au Congrès dentaire de Lyon, 1900).
- Millon (R. D^r). — La dentition chez les enfants, état normal, état pathologique.
- Mittchel. — L'extraction des premières molaires permanentes (Dental Cosmos, 1899).
- Paillatin. — De l'opportunité de l'extraction des dents temporaires (Odontologie, 30 octobre 1905).
- Rose (C.). — Proportion de maladie des diverses dents du maxillaire de l'homme.
- Siffre (D^r). — Influence de l'extraction précoce des molaires de lait sur l'éruption des bicuspides.
- L'arc dentaire chez l'homme.
- Influence de l'extraction de la dent de six ans sur l'éruption de la dent de sagesse (Soc. odontologique, séance du 29 octobre 1901).
- Les conséquences de l'extraction des dents temporaires (Odontologie, 30 avril 1908).

